



Materiały dodatkowe do wykładu 1: Wprowadzenie do map potrzeb zdrowotnych

AUTOR: dr hab. n. ekon., prof. SGH Barbara Więckowska



Materiały dodatkowe do slajdów 2 – 8:

Źródło: I. Eržen, M. Premik (2009), *Health needs concept – Some perspectives and dimensions from the public health point of view.*

W 1976 roku Kalimo, fiński ekspert ds. systemów opieki zdrowotnej, przedstawił swoją perspektywę na koncepcję "potrzeb zdrowotnych", faktycznie dotyczącą potrzeb usług opieki zdrowotnej. Zdefiniował operacyjnie potrzeby zdrowotne jako różnicę między obserwowanymi a idealnymi poziomami zdrowia. Według Kalimo, złe zdrowie u jednostki można koncepcyjnie zrozumieć jako zaburzenie w jednym lub więcej podsystemach, takich jak psychobiologiczny, percepcyjny i społeczny. W rezultacie wyróżnił trzy rodzaje "potrzeb zdrowotnych":

- potrzeba zdefiniowana medycznie - gdy występuje zaburzenie w podsystemie psychobiologicznym na podstawie dowodów klinicznych;
- potrzeba odczuwana - gdy występuje zaburzenie w podsystemie percepcyjnym na podstawie odczuć lub dowodów subiektywnych;
- potrzeba społecznie określona - gdy występuje zaburzenie w aktywności społecznej na podstawie zachowań lub dowodów społecznych.

Klasyfikacja wg. Bradshawa

Wyróżnił on cztery rodzaje potrzeb: normatywne, odczuwane, wyrażone i porównawcze:

- potrzeba normatywna - potrzeby normatywne to te, które zgadzają się z normami, określonymi przez specjalistów ds. zdrowia;
- potrzeba odczuwana - potrzeby odczuwane to te, które są postrzegane przez jednostki w zależności od dostępnych usług zdrowotnych;
- potrzeba wyrażona - potrzeby odczuwane stają się potrzebami wyrażonymi, gdy zostaną wyrażone werbalnie;
- potrzeba porównawcza - uogólnienie ocenionych potrzeb w populacji prowadzi do potrzeb porównawczych.

Źródło: W. Cezary Włodarczyk (1996), *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym.*

„To właśnie na terenie opieki zdrowotnej pojęcie potrzeb zachowuje swoją żywotność, akceptowaną przez krytykujących je wcześniej ekonomistów. Jednak nawet ograniczone do pola opieki zdrowotnej, zachowuje wiele ze swojej wieloznaczności. Jest ono stosowane przynajmniej w następujących znaczeniach:



- potrzeba zdrowotna jako czynnik motywujący do podjęcia określonych zachowań zdrowotnych. Najczęściej chodzi o nawiązanie kontaktu ze służbą zdrowia i wystąpienie o jej pomoc;
- potrzeba zdrowotna jako czynnik uzasadniający podjęcie w stosunku do określonego pacjenta działań przez służbę zdrowia. W tym przypadku inicjatywa pacjenta, a nawet jego świadomość dotycząca istnienia potrzeby, stanowią sprawę drugorzędną, natomiast działania służby zdrowia są traktowane jako racjonalna reakcja na stwierdzoną sytuację;
- potrzeba zdrowotna jako kryterium alokacji środków na opiekę zdrowotną. O ile w poprzednich przypadkach chodziło przede wszystkim o potrzeby indywidualne, o tyle w odniesieniu do problemów alokacji potrzeba dotyczy grup ludności wyodrębnionych na podstawie wybranej cechy albo zamieszkujących określony obszar;
- potrzeba zdrowotna jako kryterium racjonalności czy zasadności celów polityki zdrowotnej albo celu działania służby zdrowia. Za racjonalne uznaje się cele, które są zgodne z potrzebami i stopień tej zgodności jest traktowany jako miara racjonalności polityki zdrowotnej.

Użycie pojęcia potrzeb zdrowotnych w którymś z podanych wyżej kontekstów nie przesądza o jego treści i zakresie. Za każdym razem mamy do czynienia z różnym zakresem zjawisk, do których pojęcie potrzeby bywa odnoszone. Wspólnym problemem, który występuje niezależnie od przyjmowanego znaczenia terminu, jest kwestia obiektywności potrzeb.”

Źródło: B. Więckowska (2018), *Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia*.

„4.2. Potrzeby zdrowotne z perspektywy płatnika

Pojęcie potrzeby jest tematyzowane m.in. przez badania psychologiczne, socjologiczne, filozoficzne i ekonomiczne. Badaczom nie udało się wypracować jednej, uniwersalnej definicji potrzeb. Jednak definicje łączy fakt skłonności jednostki do zaspokojenia pewnych, odczuwalnych przez nią, braków (Doyal i Gough, 1984)¹. Zawężając rozumienie do obszaru zdrowia, można stwierdzić, że potrzeba zdrowotna² jest związana z zaspokojeniem odczuwalnych braków w obszarze zdrowia jednostki. Subiektywizm w odczuciu potrzeb zmusza do postawienia pytania, czy dana potrzeba może być

¹ W literaturze przedmiotu kładzie się nacisk na rozróżnienie popędów i potrzeb (Obuchowski, 2000, s. 80; Reykowski, 1970).

² Potrzeba zdrowotna jest bardzo ważną kategorią w polityce zdrowotnej. To na jej podstawie wyróżnia się politykę zdrowotną na tle innych polityk szczegółowych (Włodarczyk, 1996, s. 125).

zaspokojona³ (rozdzielenie między wymogami⁴ a popytem efektywnym (Morris, Devlin i Parkin, 2011, s. 21)) oraz czy zaspokojenie to może się odbyć w ramach bazowego podsystemu zabezpieczenia zdrowotnego lub podsystemu (społecznego) doubezpieczenia zdrowotnego (schemat 4.1).⁵

Indywidualna, subiektywna potrzeba zdrowotna jednostki jest oceniana przez profesjonalistę⁶ i staje się wówczas potrzebą medyczną⁷ (Sowada, 2015, s. 107).

Potrzeba zdrowotna, która nie jest potrzebą medyczną, nie zostanie finansowana przez płatnika (nie stanowi popytu obiektywnego), mimo iż pacjent skłonny byłby ją sfinansować (istnieje popyt subiektywny). Zaspokojenie potrzeb niemedycznych będzie sfinansowane bezpośrednio ze środków finansowych pacjenta (potrzeby niemedyczne zaspokojone)⁸ lub też pozostanie poza jego możliwościami płatniczymi (potrzeby niemedyczne niezaspokojone).

Nie wszystkie potrzeby medyczne jednostki mogą być zaspokojone, nie zawsze bowiem istnieje odpowiednia terapia medyczna. Również nie wszystkie potrzeby medyczne będą sfinansowane przez płatnika funkcjonującego w bazowym podsystemie zabezpieczenia zdrowotnego. Przyczyną tego może być ograniczenie zakresu przedmiotowego ochrony, tj. zawężenie koszyka świadczeń medycznych. Pozostałe potrzeby medyczne stanowią pole przedmiotowe dla (społecznego) doubezpieczenia zdrowotnego. Z kolei potrzeby medyczne będące poza ofertą dodatkowych ubezpieczeń chorobowych będą pokryte ze środków własnych (rodzinnych) gospodarstw domowych bądź będą stanowiły kategorię potrzeb medycznych niezaspokojonych.

³ Bazując na klasyfikacji Bradshawa, można stwierdzić, że dochodzi o przekształcenie potrzeby odczuwanej przez jednostkę w potrzebę wyrażoną (podjęcie działań w celu zaspokojenia potrzeby) (Bradshaw, 1972).

⁴ Synonimem wyrażenia „wymogi” stosowanym w ekonomii jest wyrażenie „przekonania zdrowotne” wykorzystywane w nauce o zdrowiu (Bandurska i inni, 2012, s. 26).

⁵ Należy podkreślić, że zaspokojenie potrzeb zdrowotnych może znajdować się poza systemem zabezpieczenia zdrowotnego, np. w sektorze ochrony środowiska czy w sektorze budownictwa. Zawężając rozważania jedynie do systemu ochrony zdrowia często, zamiast potrzeba zdrowotna, badacze posługują się pojęciem potrzeba opieki zdrowotnej (ang. need for health care) (więcej: Acheson, 1978).

⁶ Takie myślenie stanowi podstawę koncepcji potrzeb normatywnych. Jednak często wskazuje się, że przyjęcie nadrzędności wiedzy medycznej jako kategorii definicyjnej potrzeb zdrowotnych jest niewystarczające - nie można uznać, że jest wiedza obiektywna a priori (więcej patrz: Włodarczyk, 1996, s. 129-130). Dodatkowo należy pamiętać o popycie indukowanym podażą w systemie ochrony zdrowia (Morris, Devlin i Parkin, 2011, s. 69).

⁷ Potrzeba medyczna rozumiana jako subiektywna potrzeba jednostki zweryfikowana wiedzą medyczną. Potrzeba medyczna może być potrzebą na świadczenia medyczne (realizowane przez pracowników medycznych), jak również na świadczenia niemedyczne (np. świadczenia pielęgnacyjno- opiekuńcze czy zakup sprzętu).

⁸ Przykładem może być cięcie cesarskie „na życzenie” (świadczenie medyczne, ale potrzeba niemedyczna) czy plastry oczyszczające organizm kupowane za pośrednictwem telewizyjnego kanału sprzedaży.

Schemat 4.1. Potrzeba zdrowotna finansowana przez płatnika

		Kryterium ekonomiczne (możliwość finansowania przez pacjenta)	
		Wymogi	Popyt efektywny
Kryterium zasadności (ocena eksperta)	Niezasadne (potrzeba niemedyczna)	Potrzeba niemedyczna niezaspokojona	Potrzeba niemedyczna zaspokojona (finansowana <i>out of pocket</i>)
	Zasadne (potrzeba medyczna)	Potrzeba zdrowotna zaspokojona (finansowana przez płatnika)	
		Potrzeba medyczna niezaspokojona	Potrzeba medyczna zaspokojona (finansowana <i>out of pocket</i>)

Źródło: opracowanie własne.

Innymi słowy, potrzebą zdrowotną w bazowym podsystemie zabezpieczenia zdrowotnego można nazwać tę potrzebę medyczną, która będzie sfinansowana przez płatnika funkcjonującego w tym podsystemie (znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych). Z kolei potrzeby medyczne zaspokojone przez płatników funkcjonujących w podsystemie (społecznego) doubezpieczenia zdrowotnego będą określone mianem potrzeb zdrowotnych w podsystemie (społecznego) doubezpieczenia zdrowotnego.

Należy również podkreślić, że fakt pojawienia się płatnika w relacji pacjent-lekarz powoduje, że część potrzeb zdrowotnych, które w innych warunkach byłyby poza możliwością sfinansowania bezpośrednio przez pacjenta (wymogi), będzie zaspokojonych przez płatnika - warunkiem jest tutaj pozytywna weryfikacja przez profesjonalistę (pojawienie się potrzeby medycznej) oraz ujęcie tych potrzeb w koszyku świadczeń gwarantowanych (w podsystemie bazowym lub doubezpieczeniu).⁹ Możliwość sfinansowania potrzeby medycznej ze środków płatnika nie jest równoznaczna z faktem jej zaspokojenia. Skuteczność i efektywność wypełniania funkcji repartycyjnej będzie miała wyraz w dostępności do świadczeń finansowanych przez płatnika (w tym relacja czasu oczekiwania na dane świadczenie w stosunku do czasu oczekiwania na inne świadczenia), a skuteczność i efektywność wypełniania funkcji kontraktacyjnej przez płatnika odzwierciedlać będzie dostępność świadczeniodawców i ich jakość. Dodatkowo należy wspomnieć, że zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ograniczają też pozafinansowe bariery znajdujące się poza zasięgiem oddziaływania płatnika, takie jak uwarunkowania społeczno-ekonomiczne (np. edukacja), bariery kulturowe itd.

⁹ Przykładem mogą być świadczenia wysokospecjalistyczne czy drogie programy lekowe.

W obszarze zdrowia wskazuje się również na potrzeby zdrowotne nieświadomione¹⁰, nieodczuwalne przez jednostkę, ale mające istotny wpływ na obiektywny stan jej zdrowia. Wypełnianie funkcji prewencyjnej przez płatnika może istotnie wpłynąć na identyfikację tych potrzeb. Szczególnym przykładem jest nałożenie przez płatnika obowiązkowego, regularnego uczestnictwa (potencjalnych) pacjentów w badaniach profilaktycznych.

Konieczność operacjonalizacji pojęcia potrzeb zdrowotnych wymaga zdefiniowania narzędzi ich pomiaru. Jako klasyczne metody pomiaru potrzeb zdrowotnych wymienia się (Sowada, 2015, s. 109):

- metodę epidemiologiczną, bazującą na analizie wskaźników epidemiologicznych jak np. zapadalność, chorobowość czy śmiertelność,
- metodę porównawczą, bazującą na analizie realizowanych świadczeń,
- metodę korporacyjną, bazującą na analizie informacji i opinii (w szczególności personelu medycznego) dotyczących potrzeb zdrowotnych.

Najczęstszym sposobem pomiaru potrzeb zdrowotnych zaspokajanych przez płatnika jest metoda porównawcza. Płatnik, na bazie analizy danych dotyczących częstości i struktury udzielanych świadczeń w latach ubiegłych oraz biorąc pod uwagę prognozowane zmiany demograficzne, szacuje bieżące potrzeby zdrowotne. Jednak stosując tę metodę, należy pamiętać o zaburzeniach obserwacyjnych spowodowanych kolejkami do świadczeń zdrowotnych wynikającymi zarówno z ograniczeń finansowych, jak i ograniczeń podażowych. Z tego względu metodę porównawczą należy uzupełnić o wyniki analizy epidemiologicznej, w szczególności wskaźniki zapadalności i chorobowości. Tworząc model łączący dane epidemiologiczne z wytycznymi postępowania klinicznego, można oszacować teoretyczną wielkość potrzeb zdrowotnych, które powinien zaspokoić płatnik. Natomiast różnica między oszacowaniem potrzeb określonych miarą epidemiologiczną a oszacowaniem potrzeb określonych miarą porównawczą wskaże na stopień zaspokojenia¹¹ potrzeb zdrowotnych przez płatnika.”

¹⁰ Koncepcja potrzeb nieświadomionych stała się punktem wyjścia dla idei góry lodowej (Włodarczyk, 1996, s. 129).

¹¹ Z punktu widzenia pacjenta zaspokojenie potrzeby zdrowotnej nie jest jednak równoznaczne z udzieleniem danego świadczenia, lecz z osiągnięciem zakładanych efektów terapii. Niepewność co do efektów klinicznych występuje zarówno po stronie pacjenta, jak i lekarza i nie można jej uniknąć (Pauly, 1978, s. 44).

Materiały dodatkowe do slajdów 9 – 11:

Źródło: B. Więckowska (2018), *Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia*.

„4.3.1. Idea mapowania potrzeb zdrowotnych

Mapy potrzeb zdrowotnych (ang. health plan, health needs assesment, capacity planning) stanowią narzędzie analityczne wspomagające proces podejmowania decyzji w obszarze ochrony zdrowia. Zawierają one dane i analizy dotyczące systemu ochrony zdrowia. Celem map potrzeb zdrowotnych jest porządkowanie debaty publicznej przez informowanie o obecnym stanie sektora (lub jego części) i prognozowanym (planowanym) jego rozwoju oraz wskazywanie optymalnych z punktu widzenia ustalonych kryteriów rozwiązań systemowych. Dzięki wyrównaniu dostępu do informacji o stanie systemu ochrony zdrowia i zjawiskach w nim zachodzących mapy mają umożliwić współpracę z interesariuszami nad proponowanymi rozwiązaniami, wyjaśnić rozbieżności między subiektywnym postrzeganiem systemu przez poszczególnych interesariuszy a stanem obiektywnym (bazującym na danych) oraz wskazać pola do poprawy efektywności, zarówno na poziomie ogólnym (krajowym), jak i na poziomie mezo (regionalnym) oraz mikro (konkretnych podmiotów). Efektem mapowania potrzeb zdrowotnych może być dokument (zestaw dokumentów) lub wręcz odpowiednio zdefiniowana platforma informatyczna. Warunkiem dla sposobu prezentacji wyników jest zapewnienie ich powszechnej dostępności.

Mapowanie potrzeb zdrowotnych dotyczy przede wszystkim podmiotów leczniczych funkcjonujących w bazowym podsystemie zabezpieczenia zdrowotnego, tj. objętych finansowaniem ze środków publicznych - niezależnie od rodzaju właściciela danego podmiotu (publiczny, prywatny). Przyczyną tego jest na ogół brak możliwości pozyskania danych podsystemu finansowanego ze środków prywatnych.

Idea mapowania potrzeb zdrowotnych nie jest rozwiązaniem nowym. Pojawienie się w systemie instytucji płatnika, jak już wspomniano w rozdziale 1, ze względu na istnienie rozbieżności celów pryncypała i agenta, wymaga wprowadzenia mechanizmów nadzorczych. Aby nadzór był efektywny, muszą istnieć zdefiniowane cele oraz metody pomiaru stopnia realizacji tych celów. Ponieważ to państwo i jego organy głównie pełniły funkcję nadzorczą (jako agent pacjenta), mapy potrzeb zdrowotnych miały głównie charakter wewnątrzinstytucjonalny lub międzyinstytucjonalny. Zmiana paradygmatu funkcjonowania sektora publicznego w kierunku koncepcji public governance sprawiła, że inni interesariusze, w szczególności pacjenci i organizacje pacjenckie, zaczęli aktywnie włączać się w monitorowanie nie tylko efektów działań podejmowanych przez płatnika, ale również wyników osiąganych przez cały systemem ochrony



zdrowia¹². Z tego też względu mapom potrzeb zdrowotnych została nadana cecha powszechności¹³.

W zależności o kryterium klasyfikacji można wyróżnić następujące typy map: mapy strategiczne i mapy operacyjne (kryterium celu), mapy systemowe i tematyczne, dotyczące podsystemów systemu ochrony zdrowia (kryterium przedmiotowe), mapy populacyjne i mapy dotyczące wybranych grup pacjentów (kryterium podmiotowe) czy mapy krajowe i mapy regionalne (kryterium terytorialne).

Mapa o charakterze strategicznym zawiera ogólne cele, jakie powinny być osiągnięte przez system ochrony zdrowia, bez wskazania szczegółowych wartości docelowych¹⁴ czy też ścieżki dojścia¹⁵. Takie mapy są sporządzane głównie w krajach, w których nie istnieją źródła szczegółowej informacji, a jakość dostępnych danych uniemożliwia sporządzanie prognoz. Sporządzanie map strategicznych stwarza ryzyko braku ich wdrożenia bądź (fikcyjnego)¹⁶ uzasadniania mapą decyzji politycznych podejmowanych w systemie ochrony zdrowia. Niemniej jednak mapa potrzeb zdrowotnych o charakterze strategicznym może stanowić pierwszy krok do wprowadzenia map operacyjnych, tj. map zawierających szczegółowe prognozy czy plany zmian w systemie ochrony zdrowia. Mapa potrzeb zdrowotnych o charakterze operacyjnym stanowi uzupełnienie mapy o charakterze strategicznym. Stosując kryterium przedmiotowe, można wyodrębnić mapy dla poszczególnych podsystemów systemu ochrony zdrowia (np. leczenie szpitalne¹⁷, leczenie ambulatoryjne czy profilaktyka). Tworzenie map dla poszczególnych podsystemów wiąże się jednak z ryzykiem uwzględnienia w ocenie jedynie schematów leczenia pacjentów tylko w jednym obszarze leczenia a przez to niepełności analizy skuteczności opieki. Zaletą takiej mapy będzie szczegółowa analiza funkcjonowania podmiotów podlegających mapowaniu. Z kolei wykorzystując kryterium podmiotowe, można zdefiniować mapy odrębnie dla poszczególnych grup pacjentów (np. osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami czy chorzy na nowotwory złośliwe). Dzięki takiemu dookreśleniu podmiotowo-przedmiotowemu przygotowanie mapy potrzeb zdrowotnych jest

¹² W Szwecji wprowadzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych miało na celu zwiększenie transparentności systemu ochrony zdrowia finansowanego ze środków publicznych. Wprost (i jako pierwszy) jest wymieniany postulat o prawie pacjentów oraz innych obywateli do rzetelnej oraz kompletnej informacji dotyczącej jakości oraz skuteczności opieki zdrowotnej. Drugą z wymienianych przyczyn jest wspieranie zarządzania systemem ochrony zdrowia oraz jego kontroli przez prezentowanie wartości wskaźników (zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych) w ustrukturyzowanej formie oraz wynikających z nich zidentyfikowanych „niedociągnięć” systemu, co ma stanowić bodziec do działań proefektywnościowych (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2013, s. 13).

¹³ Nadal jednak występują mapy wewnątrzinstytucjonalne. Przykładem takich map mogą być plany techniczne czy analiza szkodowości tworzone przez zakłady ubezpieczeń funkcjonujące w ramach (społecznego) dobezpieczenia zdrowotnego.

¹⁴ Co nie oznacza, że nie zawiera ona analizy stanu obecnego opartego na szczegółowych danych.

¹⁵ Należy odróżniać mapę strategiczną, w której wskazywane są cele, jakie powinny być osiągnięte w zadanym horyzoncie czasowym, od centralnych wytycznych dla sporządzania map na poziomie lokalnym.

¹⁶ Istnieje ryzyko, że wnioski i cele nie będą się wywodzić z danych zaprezentowanych w mapach potrzeb zdrowotnych.

¹⁷ Obszar leczenia szpitalnego, ze względu na jego wysoki udział w wydatkach na zdrowie (w 2016 roku 30% w krajach UE (OECD, 2017, s. 119)), jest z reguły wybierany jako pierwszy (i często wręcz jedyny) obszar mapowania potrzeb zdrowotnych kraju. Przykładem takiego podejścia jest Austria czy Polska.

łatwiejsze pod względem operacyjnym. Z wąziy zakres tematyczny map sprawia, że w procesie mapowania jest zaangażowana mniejsza liczba interesariuszy oraz zredukowana liczba wymiarów analizowanego problemu.

Mapy potrzeb zdrowotnych mogą obejmować tylko wybrane regiony kraju, choć zawsze powinny uwzględniać dane relatywne wobec benchmarkingu, jakim najczęściej jest średnia krajowa. Z tego względu możliwym rozwiązaniem jest tworzenie mapy potrzeb zdrowotnych dla każdego z obszarów oddzielnie i łącznej mapy krajowej lub też umieszczanie w mapie krajowej szczegółowej informacji o każdym regionie. Sporządzanie map na poziomie centralnym jest szczególnie uzasadnione z co najmniej z trzech powodów:

- 1) mapa centralna obrazuje relacje między poszczególnymi regionami,
- 2) mapa centralna identyfikuje realizację świadczeń i istnienie świadczeniodawców w bliskiej odległości od granic regionu,
- 3) na podstawie mapy centralnej można określić zapotrzebowanie na świadczenia wysokospecjalistyczne i rzadkie, które powinny być zabezpieczone ponadregionalnie, oraz zaplanować organizację udzielania tych świadczeń.”



Materiały dodatkowe do slajdów 12 – 35:

Źródło: B. Więckowska (2018), *Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia*.

„Mapowanie potrzeb zdrowotnych w Polsce

Mapy potrzeb zdrowotnych nie są nowym instrumentem w polskim systemie ochrony zdrowia. Pierwsze próby mapowania miały miejsce już w okresie kas chorych (w 2001 roku). Jednak w toku przeprowadzanych zmian systemowych doszło do zaniechania tworzenia map potrzeb zdrowotnych. Powrót do koncepcji mapowania nastąpił po utworzeniu Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia i został wzmocniony negocjacjami z Komisją Europejską w zakresie perspektywy finansowej 2014-2020. Niniejszy rozdział prezentuje autorską koncepcję nowego mechanizmu mapowania potrzeb zdrowotnych w Polsce oraz propozycję wdrożenia wyników mapowania do systemu ochrony zdrowia.

5.1. Dotychczasowe doświadczenia

Pierwsze prace w zakresie mapowania potrzeb zdrowotnych w Polsce zostały wpisane w koncepcję tworzenia systemu kas chorych. Przepisy powołujące kasy chorych wchodzące w życie w 1999 roku nałożyły na organy samorządu terytorialnego obowiązek przygotowywania (corocznie) planów zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.¹⁸ Na podstawie tego planu kasy chorych miały zawierać umowy ze świadczeniodawcami. Zasady i warunki, jakim powinny odpowiadać plany, miały zostać określone w rozporządzeniu. Jednak rozporządzenie to weszło w życie dopiero w listopadzie 2001 roku po nowelizacji ustawy z dnia 20 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2001, nr 88, poz. 961).¹⁹ Wspomniana nowelizacja przesunęła obowiązek tworzenia planów zabezpieczenia z organów samorządu terytorialnego na wojewodów.

Dookreślała ona także, że plan powinien dotyczyć jedynie minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej²⁰, umożliwiając tym samym regionom organizację zabezpieczenia na wyższym poziomie niż wartości określone w planie. Plany dotyczyły całego leczenia ambulatoryjnego, obejmującego świadczenia POZ i AOS. Wymuszało to

¹⁸ Art. 55a Ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152 i 153) pojawił się dopiero w nowelizacji z dnia 18 lipca 1998 r. (Ustawa o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz.U. 1998, nr 117, poz. 756).

¹⁹ Prawdopodobnie przyczyną takiego stanu rzeczy był nawal prac związanych z wyodrębnieniem Ministerstwa Zdrowia ze struktur Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej – Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. 1997, poz. 943 z późn. zm.) weszła w życie 1 kwietnia 1999 r. ustanawiając nowe działy administracji, w którym wyszczególniono dział „Zdrowie” (bez opieki społecznej). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia (Dz.U. 1999, poz. 1018) weszło w życie 10 listopada 1999 roku. Następnie rozpoczęto dopracowywanie związanej z tym legislacji (w pierwszej kolejności ustaw) (Więckowska, 2017).

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Dz.U. 01.121.1315). Rozporządzenie weszło w życie 2.11.2001 roku, a zostało uchylone w 17.07.2003 roku.



konieczność stworzenia koncepcji współpracy między tymi dwoma typami świadczeniodawców. Zgodnie z art. 2 pkt 1 pp. 2 rozporządzenia plany miały uwzględnić również:

- a) badania diagnostyczne, w tym analitykę medyczną,
- b) rehabilitację leczniczą,
- c) profilaktykę, w tym: szczepienia ochronne, profilaktykę stomatologiczną,
- d) opiekę medyczną nad: noworodkiem, niemowlęciem, dzieckiem, młodzieżą, osobami niepełnosprawnymi oraz kobietami ciężarnymi i w okresie połogu trwającego do 42 dni od dnia porodu.

Zgodnie z art. 1. pkt 1 rozporządzenia w planach należało określić zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, uwzględniając:

- a) rodzaj i liczbę świadczeń udzielanych co najmniej w ostatnich 2 latach,
- b) istniejącą i niezbędną liczbę osób udzielających świadczeń gwarantujących odpowiednią jakość i kompleksowość świadczeń,
- c) strukturę demograficzną i sytuację epidemiologiczną na danym obszarze,
- d) infrastrukturę, w tym istniejący system dróg i połączeń komunikacyjnych środkami transportu publicznego,
- e) możliwe do zrealizowania formy całodobowego zabezpieczenia świadczeń, w tym dostęp do świadczeń w godzinach nocnych, w dni wolne od pracy wynikające z pięciodniowego tygodnia pracy, niedziele i święta.

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i leczenia stomatologicznego wytyczne były jeszcze bardziej dokładne, wymagały bowiem, zgodnie z art. 2 pkt. 2, uwzględnienia ponad powyższe:

- 1) że ubezpieczonemu, jeżeli wymaga tego stan zdrowia, świadczenia są udzielane w dniu zgłoszenia,
- 2) możliwości dojazdu środkami transportu publicznego przez ubezpieczonego do osoby udzielającej świadczeń w czasie nie dłuższym niż 1 godzina,
- 3) realizację badań określonych w odrębnych przepisach w zakresie opieki nad dziećmi, młodzieżą i kobietami w ciąży oraz kobietami w okresie połogu trwającego do 42 dni od dnia porodu.

Zgodnie z rozporządzeniem w planach określano liczbę świadczeniodawców oraz liczbę niezbędnego personelu medycznego dla podstawowej opieki zdrowotnej: lekarzy rodzinnych, lekarzy medycyny ogólnej, lekarzy chorób wewnętrznych, lekarzy pediatrów, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych. W tym celu zdefiniowano wartości



wyznaczające minimalny standard (art. 3 pkt. 2): lekarz rodzinny lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien przypadać na 2,5-3 tys. Ludności (+/-10%), lekarz stomatolog na 3-4 tys. ludności (+/-10%), pielęgniarka środowiskowa/rodzinna na 2,5-3 tys. ludności, położna środowiskowa/rodzinna 10 tys. ludności albo na 6 tys. kobiet i dziewcząt (+/-10%), pielęgniarka środowiskowa w środowisku nauczania i wychowania na 800-1000 uczniów (+/-10%).

Ponadto ustawodawca w art. 4 wprost wskazał trzy obszary geograficzne, odnosząc do nich poziomy zabezpieczenia:

1) poziom gminy - zabezpieczenie świadczeń z zakresu:

- a) podstawowej opieki zdrowotnej,
- b) położnictwa i ginekologii,
- c) stomatologii;

2) poziom powiatu lub powiatów (dla populacji 100 tys. ubezpieczonych) – zabezpieczenie świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w następujących dziedzinach medycyny:

- a) alergologia,
- b) chirurgia ogólna,
- c) choroby płuc,
- d) dermatologia i wenerologia,
- e) diabetologia,
- f) kardiologia,
- g) neurologia,
- h) okulistyka,
- i) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
- j) otolaryngologia,
- k) położnictwo i ginekologia²¹,
- 1) psychiatria,
- m) rehabilitacja medyczna,

²¹ Warto zauważyć, że rozporządzenie wskazuje położnictwo i ginekologię w dwóch poziomach: gminy oraz powiatu. Jest to zapewne błąd w konstrukcji aktu prawnego, wynikający prawdopodobnie ze zmiany politycznej decyzji co do umiejscowienia tej dziedziny. Dopiero na podstawie dokumentów wykonawczych można stwierdzić, że świadczenia te były zabezpieczane na poziomie powiatu.

n) reumatologia;

3) poziom województwa - zabezpieczenie świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie uzupełniającym świadczenia, o których mowa w pkt 2, oraz z zakresu pozostałych dziedzin medycyny, które mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Ponieważ rozporządzenie nie narzucało układu przedstawianych informacji oraz nie wskazywało sposobu „uwzględniania” wymienionych nim kryteriów, plany minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnego przygotowane przez poszczególne województwa nie były porównywalne. Innymi słowy, na podstawie planów wojewódzkich nie można było stworzyć spójnego planu dla całego kraju. Co więcej, plany wojewódzkie uwzględniały jedynie zabezpieczenie w obszarze danego województwa nawet, jeżeli najbliższa tego samego typu placówka medyczna była nieznacznie oddalona od jego granicy. W sporządzaniu planu ograniczano się najczęściej do przeliczenia, czy istnieje odpowiednia liczba etatów specjalistów w określonych rozporządzeniem obszarach (gmina, powiat, województwo) pomijając praktycznie wszystkie pozostałe parametry oraz przyjmując dodatkowe założenia na poziomie poszczególnych województw.

Na przykład w województwie dolnośląskim założono 20 minut na poradę oraz liczbę specjalistów wynikającą ze średniej liczby porad na 10 tys. ludności w poprzednich 2 latach²², a w województwie podlaskim czas trwania porady został określony na 15 minut (nie więcej niż 4 pacjentów na godzinę) oraz maksymalnie 50 tys. ubezpieczonych przypadających na jednego protetyka, chirurga stomatologicznego i paradontologa.²³

Plany minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnego przygotowano dwukrotnie - w 2001 roku oraz 2002 roku. Likwidacja kas chorych w 2003 roku była równoznaczna ze zniesieniem obowiązku tworzenia planów. Jednak ustawodawca, powołując Narodowy Fundusz Zdrowia, przewidział mechanizm stanowiący swego rodzaju rozwinięcie koncepcji planów minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnego, wprowadzając obowiązek tworzenia przez zarząd województwa (a nie jak wcześniej przez wojewodów) wojewódzkich planów zdrowotnych, a wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych.²⁴ Plany miały określać najważniejsze krótkoterminowe i długoterminowe cele zdrowotne, wraz ze wskazaniem obszarów priorytetowych, a także proponowane sposoby ich osiągnięcia.²⁵ Dodatkowo, w przeciwieństwie do wcześniej funkcjonujących rozwiązań, plany obejmowały

²² Więcej patrz: Zarządzenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 21 grudnia 2002 r. w sprawie ogłoszenia planu minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla województwa dolnośląskiego, Dziennik Urzędowy Województwa Dolnośląskiego, poz. 4465, załącznik 1.

²³ Więcej patrz: Zarządzenie Nr 173/01 Wojewody Podlaskiego z dnia 28 grudnia 2001 r. w sprawie ustalenia planu minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie podlaskim na 2002 rok, Dziennik Urzędowy Województwa Podlaskiego nr I, Białystok, 10 stycznia 2002 roku.

²⁴ Art. 101 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003, nr 45, poz. 391 z późn. zm.).

²⁵ Art. 102 pkt 3, pkt 4 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003, nr 45, poz. 391 z późn.zm.).



wszystkie rodzaje świadczeń zdrowotnych, tj. obok opieki ambulatoryjnej również lecznictwo zamknięte: szpitalne, sanatoryjne, opiekę długoterminową.

Szczegółowe zasady sporządzania wojewódzkich planów zdrowotnych oraz zakresu niezbędnych danych dla jego przygotowania określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu (Dz.U. 03.115.1087).²⁶ W wojewódzkich planach zdrowotnych należało uwzględnić:

- charakterystykę zdrowotną populacji zamieszkującej województwo, z uwzględnieniem czynników determinujących stan zdrowia (część I planu)²⁷;
- potrzeby zdrowotne wynikające z oceny stanu zdrowotnego obywateli, wyrażone pożądaną liczbą świadczeń zdrowotnych (w poszczególnych rodzajach) na 10 tys. ubezpieczonych. W przypadku świadczeń ambulatoryjnych zakresy były praktycznie tożsame z planami minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnego.²⁸ Natomiast dla lecnictwa szpitalnego należało określić liczbę łóżek na poszczególnych typach oddziałów²⁹ na 10 tys. Mieszkańców (część II planu);
- kierunki działań (cele długoterminowe i krótkoterminowe) ze wskazaniem priorytetów mających na celu zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych obywateli oraz poprawę stanu ich zdrowia, a w przypadku działań operacyjnych wskazanie ośrodków zarządzających i osób odpowiedzialnych (część II planu).

²⁶ Rozporządzenie weszło w życie 17.07.2003, a zostało uchylone w dniu 31.12.2004 roku.

²⁷ Jako najważniejsze elementy charakterystyki populacji wskazano:

- 1) diagnozę stanu zdrowia - na podstawie współczynników: urodzeń żywych, noworodków z niską masą urodzeniową, zgony na 10 tys. ludności (ogółem, w grupach wieku oraz według przyczyn);
- 2) chorobowość i zapadalność - struktura hospitalizacji wg przyczyn, zapadalność na wybrane choroby zakaźne (grypa, zatrucia i zakażenia pokarmowe, gruźlica, kila, rzeżączka, AIDS, zakażenia HIV, zapalenie opon mózgowych, zapalenie mózgu, krztusiec, borelioza, różyczka, ospa wietrzna, wirusowe zapalenie wątroby), struktura niepełnosprawności (ogółem, w grupach wieku oraz według przyczyn);
- 3) zapobieganie chorobom - wyszczepialność dzieci i młodzieży, liczby objętych badaniami przesiewowymi (rak piersi, rak szyjki macicy, rak prostaty, w zakresie stomatologii), zrealizowanych programów profilaktycznych;
- 4) czynniki ryzyka mieszkańców województwa - szacowanie populacji: regularnie palących papierosy, osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych;
- 5) czynniki społeczno-ekonomiczne - struktura populacji wg miejsca zamieszkania (miasto - wieś) w podziale na wiek i płeć, zmiany demograficzne tej ludności oraz prognozy, współczynnika przyrostu naturalnego, współczynnika płodności, struktury poziomu wykształcenia, stopy bezrobocia (w tym osób uprawnionych do pobierania zasiłku dla bezrobotnych);
- 6) środowisko fizyczne - stężenie w powietrzu tlenu węgla, dwutlenku siarki, ołowiu, ozonu, pyłu o średnicy aerodynamicznej ziaren do 10 µm; liczby ludności korzystającej z wody pitnej, stan wodociągów i stopień skanalizowania.

²⁸ Z wyjątkiem ortopedii i traumatologii narządu ruchu, który został zamieniony na chirurgię urazowo-ortopedyczną oraz rehabilitację narządu ruchu.

²⁹ Dla poziomu powiatu określono wskaźniki dla oddziałów chorób wewnętrznych, położnictwa i ginekologii, pediatrii i chirurgii ogólnej.



Zakres danych przedstawianych w wojewódzkich planach zdrowotnych był znacznie szerszy. Obejmował on nie tylko dane demograficzne czy dotyczące personelu medycznego³⁰, lecz również informacje o czynnikach ryzyka, środowisku fizycznym oraz ocenę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia dokonywaną przez (potencjalnych) pacjentów.³¹ Dodatkowo w planach znajdowała się szczegółowa strategia działań dla każdego z zakresów świadczeń i rodzajów świadczeniodawców z uwzględnieniem celów strategicznych, celów operacyjnych, i spodziewanych efektów docelowych.

Ze względu na nałożenie obowiązku przedstawiania znacznej części danych w układzie tabelarycznym zdefiniowanym w rozporządzeniu poszczególne plany wojewódzkie były już bardziej porównywalne między sobą. Niestety nadal, ze względu na zakres prezentowanych informacji, większość sporządzonych planów nie umożliwiała dokonanie oceny relatywnej - porównanie wyników danego województwa do innych województw czy też wartości średniej dla Polski - wskutek czego niemożliwa była ocena występujących nierówności w zdrowiu i nierówności w dostępie do świadczeń między województwami.

Wojewódzkie plany zdrowotne zawierały również niespójności w obszarze wnioskowania. Sformułowane cele często nie wynikały z danych przedstawionych w części diagnostycznej planu (opis rzeczywistej sytuacji na terenie województwa zawarty w części I). Na przykład w planie województwa kujawsko-pomorskiego sformułowano cel zwiększenia dostępności do ambulatoryjnej opieki kardiologicznej, uzasadniając jego przyjęcie m.in. długim czasem oczekiwania do poradni kardiologicznej.

Tymczasem czasy oczekiwania do poradni kardiologicznych nie zostały zbadane w części I dokumentu, a pacjenci skarżyli się na długie kolejki do poradni neurologicznych, ortopedycznych, ortodontycznych i okulistycznych (Wojewódzki Plan Zdrowotny na rok 2004 dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego, 2003, strony 217, 221). Z kolei w woj. łódzkim przedstawiony w planie zdrowotnym krótkoterminowy cel w postaci zorganizowania sieci powiatowych centrów powiadamiania ratunkowego został uzasadniony koniecznością zintegrowania działań wszystkich służb ratowniczych (pogotowie, straż, policja). Jednakże ocena stopnia integracji służb ratowniczych nie była przedmiotem analizy w części I dokumentu (Wojewódzki Plan Zdrowotny na rok 2005 dla województwa łódzkiego, 2004). Wojewódzkie plany zdrowotne były tworzone tylko przez jeden rok. Zostały one uchylone już w 2004 roku w konsekwencji wyroku Trybunału Konstytucyjnego kwestionującego zgodność ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z konstytucją RP (wyrok z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03). W nowo wdrażanej ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135) nie przewidziano narzędzia w postaci planów zdrowotnych. Ustawa o Powszechnym Ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia wprowadziła jeszcze jeden mechanizm:

³⁰ Wartości wskaźników dla poszczególnych grup zawodowych były takie same jak dolne granice przedziałów określone w poprzednio obowiązującym rozporządzeniu określającym zawartość planów ambulatoryjnych. Dodano jedynie wskaźnik dla lekarzy pediatrów na poziomie 1,2 tys. (+/-10%) na 10 tys. mieszkańców.

³¹ Rozporządzenie nakładało obowiązek dokonania analizy skarg zgłaszanych przez pacjentów (liczba oraz analiza jakościowa 20 najczęściej występujących tematów) oraz oceny przestrzegania praw pacjenta (m.in. wyniki badań opinii publicznej).



wojewódzki plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Celem tego planu było określenie liczby i zakresu świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi ludności oraz w ramach posiadanych przez fundusz środków finansowych. Aby zrealizować ten cel, zapisy ustawowe wskazywały wprost relacje między planami: przy sporządzaniu wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych należało wziąć pod uwagę informacje zawarte w wojewódzkim planie zdrowia.³² Z kolei krajowy plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych oraz sprawozdanie z jego wykonania miały być sporządzane przez zarząd NFZ (art. 43 pkt 5 ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia). Podobnie jak w przypadku pozostałych planów, wprowadzenie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zniósło obowiązek tworzenia planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.

5.2. Nowa koncepcja rozwiązań systemowych

5.2.1. Proces przygotowywania map

Na podjęcie próby wznowienia sporządzania map potrzeb zdrowotnych w Polsce miały wpływ przede wszystkim dwa zdarzenia. Pierwszym z nich było utworzenie w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Analiz i Strategii (dalej: DAS)³³, na mocy zarządzenia nr 95 Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 października 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie nadania statutu Ministerstwa Zdrowia. Drugim zaś zdarzeniem było sformułowanie przez Komisję Europejską wymagań w zakresie warunków ex ante dla perspektywy finansowej 2014-2020. Jako główne zadania OAS wskazano przygotowanie analiz działań strategicznych w zakresie kompetencji ministra zdrowia, w szczególności dotyczących optymalizacji środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. Analizy przygotowywane przez OAS były istotnym krokiem w kierunku wdrożenia koncepcji zarządzania systemem ochrony zdrowia opartego na analizach i danych (ang. evidence based management).

Pierwszym dużym projektem analitycznym przygotowywanym przez departament był tzw. pakiet onkologiczny.³⁴ Wraz z wprowadzeniem zapisów ustawowych dotyczących pakietu

³² Art. 105 pkt 2. ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia: „Wojewódzki oddział Funduszu na podstawie przedłożonego wojewódzkiego planu zdrowotnego oraz analizy informacji statystycznych o realizacji świadczeń zdrowotnych na terenie danego województwa w latach poprzednich przygotowuje projekt wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „wojewódzkim planem zabezpieczenia”.

³³ Autorka była pierwszym dyrektorem Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia (marzec 2013-marzec 2018) oraz pomysłodawcą nowych rozwiązań systemowych, w tym koncepcji dla map potrzeb zdrowotnych. Stąd wiele informacji dotyczących tego narzędzia zostało pozyskanych w trakcie obserwacji uczestniczącej.

³⁴ Polegał on na bezlimitowym finansowaniu diagnostyki oraz leczenia onkologicznego na podstawie tzw. karty DILO (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego), gwarantującej dostęp do szybkiej (określono maksymalne terminy oczekiwania) i skoordynowanej terapii onkologicznej (wprowadzono koordynatora leczenia oraz wymóg dostępu świadczeniodawcy do odpowiednich technik diagnostycznych oraz leczniczych). W tym celu przygotowano zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i rozporządzeniach dotyczących tzw. koszyków świadczeń gwarantowanych i rozporządzeniu o informacjach przekazywanych do NFZ, wprowadzono wzór karty DILO oraz współpracowano przy zmianach na poziomie zarządzeń Prezesa NFZ oraz nowym systemie informatycznym (więcej: www.pakietonkolgiczny.gov.pl).

onkologicznego pojęto decyzję o wprowadzeniu szerszego, wychodzącego poza tematykę leczenia nowotworów, instrumentu analizowania danych i prognozowania w sektorze ochrony zdrowia - map potrzeb zdrowotnych.

Przyjęta koncepcja mapowania potrzeb zdrowotnych jest uszczegółowieniem ogólnego procesu eksploracji danych CRISP-DM (ang. Cross Industry Standard Process for Data Mining) (Chapman i inni, 2000). Punktem wyjściowym analizy jest wiedza środowiska medycznego i jego doświadczenia w zakresie funkcjonowania sektora ochrony zdrowia (schemat 5.1). Na jej podstawie są przygotowane analizy ilościowe w postaci map potrzeb zdrowotnych (stanowiących zestawienie dostępnych danych wraz z ich analizą i stworzonymi na jej podstawie prognozami). Mapy potrzeb zdrowotnych służą do formułowania wniosków, a na ich podstawie są przygotowywane rekomendacje dotyczących dalszych kierunków rozwoju systemu ochrony zdrowia. Biorąc pod uwagę możliwości finansowe oraz kontekst polityczny, decydenci (zarówno na poziomie centralnym (w tym płaćnik), jak i regionalnym, na dyrektorach placówek skończywszy) podejmują decyzje, które rekomendacje i w jakim stopniu, należy wdrożyć. Efekty tych wdrożeń powinny zostać ocenione przez pryzmat nowych doświadczeń środowiska medycznego oraz zostać poparte analizami ilościowymi - kolejną edycją map potrzeb zdrowotnych.

Obowiązek tworzenia dokumentów noszących nazwę mapy potrzeb zdrowotnych został wprowadzony ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014, poz. 1138). Powyższa ustawa poświęca mapom odrębny dział IVa: „Ocena potrzeb zdrowotnych”. Zgodnie z art. 95a ustawy regionalne mapy potrzeb zdrowotnych sporządzają wojewodowie przy udziale Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych w cyklach 5-letnich. Ze względu na potrzebę zachowania spójności metodyki oraz ujednoczenia źródeł danych projekty map dla wszystkich województw są tworzone przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH), a dopiero później są przekazywane wojewodom do dalszego procedowania (Więckowska, 2017). Po otrzymaniu wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych NIZP-PZH przygotowuje projekt mapy ogólnopolskiej i przedstawia wszystkie dokumenty do akceptacji Ministra Zdrowia. Zatwierdzone mapy są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego Ministra Zdrowia oraz urzędów obsługujących wojewodów (schemat 5.2). Ustawa określa 7-letni okres przejściowy. W okresie tym Minister Zdrowia, a dokładnie DAS, jest wskazany jako podmiot odpowiedzialny za przygotowanie pierwszych dwóch edycji map. Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014, poz. 1138, ze zm.) mapy potrzeb zdrowotnych powinny zostać przygotowane do:

- dnia 1 kwietnia 2016 r. (mapa na okres 30 czerwca 2016 r.-31 grudnia 2018 r.),
- dnia 31 maja 2018 r. (mapa na okres 1 stycznia 2019 r.-31 grudnia 2021 r.). Decyzja o centralnym przygotowaniu pierwszych dwóch edycji map potrzeb zdrowotnych została podyktowana trzema przesłankami: (1) możliwością dostępu DAS do informacji będących w posiadaniu płaćnika, jak również do danych zgromadzonych w rejestrach (w tym w rejestrach



medycznych), (2) koniecznością przygotowania jednolitych wzorców wskaźników wykorzystywanych w procesie wnioskowania, (3) troską o jakość samego procesu decyzyjnego. Równocześnie ustawodawca zawęził zakres tematyczny pierwszych map potrzeb zdrowotnych wyłącznie do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, ponieważ jedynie dla tego obszaru istniały najbardziej kompletne i rzetelne dane (Więckowska, 2017).

Negocjacje z Komisją Europejską wymusiły konieczność wprowadzenia zmian w procesie tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Polsce. Jak już wspomniano, uruchomienie środków strukturalnych zostało uzależnione od spełnienia wymogów tzw. warunkowości *ex ante*, wśród nich warunku 9.3: „Istnienie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej w zakresie określonym art. 168 TFUE, zapewniających stabilność gospodarczą”.³⁵ Umowa Partnerstwa zakładała także konieczność spełnienia w ramach warunku 9.3 Zdrowie następujących kryteriów (Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020, 2014, s. 44-45):

1) gotowe są krajowe lub regionalne strategiczne ramy polityki zdrowotnej, które zawierają:

- skoordynowane działania poprawiające dostęp do świadczeń zdrowotnych,
- działania mające na celu stymulowanie efektywności w sektorze opieki zdrowotnej przez wprowadzenie modeli świadczenia i usług i infrastruktury,
- system monitorowania i przeglądu;

2) państwo członkowskie lub region przyjęły ramy określające szacunkowo dostępne środki budżetowe na opiekę zdrowotną oraz efektywną kosztowo alokację środków przeznaczonych na priorytetowe potrzeby opieki zdrowotnej.

Część warunku 9.3 (pkt. 1) została wypełniona już w 2015 roku wraz z opracowaniem przez Ministerstwo Zdrowia dokumentu o nazwie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” (Ministerstwo Zdrowia, 2015).³⁶ Natomiast całkowite wypełnienie wyżej wymienionego warunku miało zostać spełnione po wykonaniu tzw. action plan wskazanego w toku negocjacji przez Komisję Europejską. Plan ten zakładał:

- sporządzenie map potrzeb dla onkologii i kardiologii obejmujących POZ, AOS, i lecnicstwo szpitalne;

³⁵ Drugi z warunków, 8.4. Aktywne i zdrowe starzenie się, został uznany przez Komisję Europejską za spełniony 6 sierpnia 2015 r. Elementem niezbędnym do jego spełnienia w zakresie kryterium odnoszącego się do przygotowania przez państwo członkowskie działań mających na celu promowanie aktywnego starzenia się konieczne było przyjęcie dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

³⁶ Mapowanie potrzeb zdrowotnych wymieniono *explicite*: Narzędzie 23: Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam” w opiece zdrowotnej) (Ministerstwo Zdrowia, 2015, s. 161).

- przeszkolenie kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi i przedstawicieli samorządu terytorialnego w zakresie korzystania z platformy informatycznej prezentującej dane zawarte w mapach kardiologicznych oraz onkologicznych;
- sporządzenie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zakładających prognozowanie liczby pacjentów, wykorzystanie oraz potrzeby w zakresie infrastruktury i zasobów finansowych w lecznictwie szpitalnym);
- stworzenie map potrzeb dla pozostałych chorób (poza onkologią i kardiologią) obejmujących wszystkie poziomy lecznictwa, tj.: POZ, AOS, lecznictwo. Mapy te: (1) mapy potrzeb, (2) mapy świadczeń, (3) mapy infrastruktury zdrowotnej uwzględniające tworzoną infrastrukturę lub infrastrukturę użytkowaną, (4) mapy dostępnych zasobów, powinny być uzupełnieniem map potrzeb zdrowotnych przygotowanych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- aktualizowanie i udoskonalanie przygotowanych map potrzeb zdrowotnych (po 2016 roku jako proces ciągły).

W zamyśle Komisji Europejskiej było spowodowanie przyspieszenia prac nad mapowaniem potrzeb zdrowotnych w Polsce. W toku negocjacji uzgodniono, że można je osiągnąć przez przygotowanie analiz wzorców leczenia pacjentów wychodzących nie od poszczególnych typów świadczeń (AOS, szpitalnictwo), ale od grup chorób (podzielonych zgodnie z klasyfikacją ICD-10), obejmując cały proces leczenia (POZ, AOS, lecznictwo zamknięte). Negocjując z Komisją Europejską, uzgodniono, że takie podejście umożliwi wprowadzenie etapowości działań³⁷ oraz uzupełnienie map potrzeb zdrowotnych z zakresu lecznictwa szpitalnego o wskaźniki dedykowane grupom chorób (wraz ze wskazaniem niezbędnych działań efektywnościowych). W konsekwencji Departament Analiz i Strategii prowadził równoległe dwa duże projekty mające na celu wypełnienie zarówno wymogów ustawowych, jak i wszystkich warunków wynegocjonowanych z Komisją Europejską (schemat 5.3). Działania te były współfinansowane przez Unię Europejską w ramach dwóch projektów: „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia - szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych” (lata 2014-2016, budżet 5 mln zł, kierownik B. Więckowska), „Mapy potrzeb zdrowotnych - Baza Analiz Systemowych i

³⁷ Łatwiej jest zaprojektować analizę (wskaźniki procesu czy efektu) dedykowaną jednostkom chorobowym (np. nowotworom) oraz wskazać dla nich ośrodki referencyjne niż analizę wychodzącą od oddziałów. Szczególną trudność sprawia tu fakt, że w Polsce rodzaj oddziału wskazywany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) nie jest spójny z zakontraktowanym przez NFZ zakresem świadczeń (np. oddziały endokrynologiczne z dominującym zakresem diabetologii będą istotnie różniły się profilem działalności od oddziałów endokrynologicznych z dominującym zakresem endokrynologii i z tego powodu powinny być analizowane odrębnie. Co więcej, oddziały endokrynologiczne z dominującym zakresem diabetologii powinny być analizowane łącznie z oddziałami diabetologicznymi, mimo że z nazwy te oddziały się różnią. Dodatkowa analiza wskazałaby również, że dla osiągnięcia pełnego obrazu konieczne byłoby uwzględnienie również oddziałów internistycznych z zakresem diabetologii).



Wdrożeniowych" (lata 2016-2019, budżet 35 mln zł, kierownik: B. Więckowska, do listopada 2017).

W pierwszym kroku przygotowano 2 mapy: tzw. mapę onkologiczną (z zakresu guzów litych) oraz tzw. mapę kardiologiczną (z zakresu chorób serca) (grudzień 2015).³⁸ Następnie, realizując wymogi ustawowe, opublikowano mapę dla obszaru szpitalnictwa (kwiecień 2016).³⁹ Pozostałe rozpoznania, poza guzami litymi oraz chorobami serca, zostały podzielone (wg ICD-10) na 30 grup⁴⁰ przypisanych do dwóch modułów: modułu A i modułu B (tabela 5.1). Podział na moduły został uzasadniony koniecznością dzielenia prac w czasie (grudzień 2016, grudzień 2017). Kolejna edycja map z zakresu leczenia szpitalnego (maj 2018) uwzględniała wyniki prac uzyskane w ramach przygotowywania map dedykowanych grupom chorób (schemat 5.4).⁴¹

³⁸ Równolegle prowadzono szkolenia dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi oraz członków Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych (w sumie prawie 1500 osób) z metodyki tworzenia map i koncepcji ich wykorzystania.

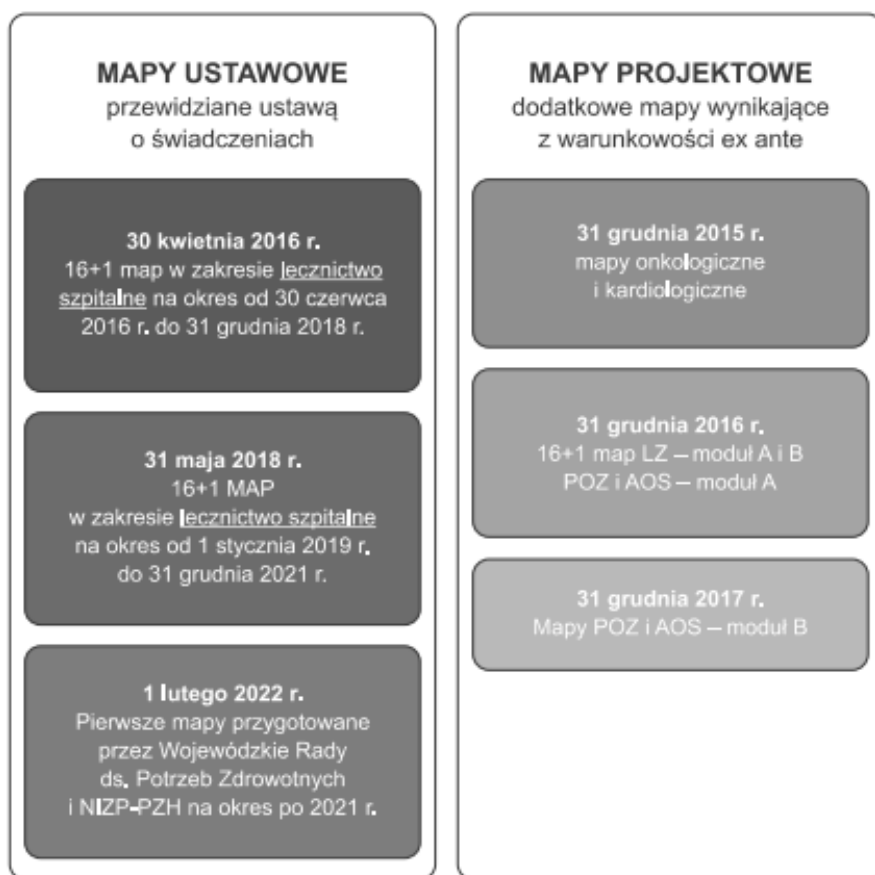
³⁹ Rozporządzenie o kodach resortowych definiuje łącznie 129 typów oddziałów, które zostały zgrupowane do 70 (meta)typów przedstawionych w mapach potrzeb zdrowotnych. Każdy z prawie 6,2 tys. oddziałów sprawozdających realizację świadczeń do NFZ został przypisany do jednego z tych (meta)oddziałów.

⁴⁰ Każda z analizowanych grup została podzielona na podgrupy. Łącznie przygotowano materiał dla 298 podgrup (na podstawie 9015 kodów ICD-10 raportowanych do bazy NFZ w 2014 roku).

⁴¹ Informacje o wynikach działań dostępne są na stronie www.mpz.mz.gov.pl.



Schemat 5.3. Przyjęty przez Polskę harmonogram tworzenia map potrzeb zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne.

Prace nad przygotowaniem map prowadzono w multidyscyplinarnych grupach roboczych. OAS (zatrudniający przede wszystkim matematyków, statystyków, ekonomistów oraz informatyków) nawiązał ścisłą współpracę ze środowiskiem medycznym.⁴² Zorganizowano grupy robocze, które zajęły się przygotowaniem analiz w zakresie poszczególnych grup chorób oraz wsparły następnie przygotowanie drugiej edycji map wg oddziałów szpitalnych. Nawiązano również współpracę z audytorami wewnętrznymi, którzy w ramach odrębnej grupy roboczej, wsparli przygotowanie pierwszej edycji map opracowanych wg oddziałów szpitalnych.

W pierwszym kroku prace polegały na zakwalifikowaniu poszczególnych rozpoznań do homogenicznych⁴³ podgrup chorób, dla których przygotowano zestaw danych i wskaźników

⁴² W bieżących pracach brało udział ok. 100 ekspertów medycznych, a w spotkaniach konsultacyjnych prawie 950 osób.

⁴³ Starano się wyodrębnić grupy o podobnych cechach choroby oraz technikach leczenia.

odzwierciedlających teoretyczne wzorce leczenia⁴⁴. Na ich podstawie definiowano dalsze wskaźniki i mierniki (np. wskaźniki procesu) oraz wyliczono wartości empiryczne. Następnie otrzymane wyniki, zarówno konstrukty teoretyczne, jak i wyniki empiryczne, zostały poddane konsultacjom środowisk medycznych⁴⁵. Wynikiem prac był ściśle zdefiniowany zestaw wskaźników (opisany na podstawie konkretnych danych gromadzonych w bazach)⁴⁶ oraz dla większości chorób ich wartości „początkowe” i prognozowane⁴⁷. Przygotowanie koncepcji analiz, które byłyby jednoznaczne zarówno dla ekspertów medycznych, jak i analityków pracujących na bazach danych była swoistego rodzaju inwestycją w budowanie systemu analiz i prezentacji danych dotyczących polskiego systemu ochrony zdrowia. Należy dodać, że działania prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia zostały docenione zarówno przez środowisko krajowe (Srebrna Statuetka w kategorii Innowacyjność w konkursie Liderów Ochrony Zdrowia 2016), jak i instytucje zagraniczne (certyfikat Best Practice European Public Sector Award 2017 (EPSA)).

5.2.2. Ustawowe typy map potrzeb zdrowotnych

Zgodnie art. 95a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015, poz. 581 ze zm.; dalej uosz) wyróżnia się dwa typy map: mapy regionalne oraz mapę ogólnopolską. Mapy regionalne przedstawiają obecną oraz prognozowaną sytuację demograficzną i zdrowotną społeczności, lokalne zasoby i infrastrukturę ochrony zdrowia.

Z założenia analiza na poziomie lokalnym ma dotyczyć przede wszystkim świadczeń charakterystycznych dla oddziałów występujących w szpitalach powiatowych (czyli oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii oraz ginekologii i położnictwa), jak również tych oddziałów, które są charakterystyczne dla szpitali wojewódzkich (Więckowska, 2017). Założono przy tym, że analizy zostaną przygotowane dla każdego świadczeniodawcy. Miało to zapewnić interoperacyjność wyników - wartości wskaźników obliczonych dla jednostek na najniższym poziomie analizy mogą być odnoszone do wartości wskaźników dla poziomów wyższych (porównywane pomiędzy regionami), w tym do wartości ogólnopolskich lub do wartości pożądaných, ustalonych przez krajowe i

⁴⁴ Dla mapy onkologicznej i kardiologicznej wyniki prac dla głównych podgrup chorób wraz z wartościami deskryptywnych modeli leczenia opisującymi realizację wytycznych klinicznych stosowanych przez środowisko medyczne zostały publikowane w: Medical treatment in Poland-analysis and models Volume I: Oncology, 2015; Medical treatment in Poland - analysis and models Volume II: Cardiology, 2015.

⁴⁵ Konsultacje odbywały się zarówno w ramach spotkań z konsultantami medycznymi (krajowymi oraz wojewódzkimi), jak i przedstawicielami urzędów marszałkowskich, urzędów wojewódzkich i Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo projekty map ustawowych przesłano do konsultacji społecznych do Wojewódzkich Rad ds. Potrzeb Zdrowotnych (mimo braku konieczności takiego działania wyrażonego w ustawie).

⁴⁶ Wraz z systemem informatycznym wyliczającym te wskaźniki.

⁴⁷ Największe kontrowersje wywołały wartości niektórych wskaźników. Podważano rzetelność danych. Trzeba tutaj wspomnieć, że dane, na których przeprowadzono wyliczenia były gromadzone w tym układzie w systemie od 2008 roku. Źródłem danych dla pierwszych map (map onkologicznych) był rok 2012. Była to pierwsza kompleksowa publikacja danych NFZ. Do tej pory analizy były wybiórcze i rzadko publikowane.

międzynarodowe organizacje, albo też zdefiniowanych na podstawie literatury.⁴⁸ Działanie takie pozwoli na zidentyfikowanie i zhierarchizowanie obszarów wymagających interwencji ze strony organów państwa lub jednostek samorządu terytorialnego.

Celem ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych jest dostarczenie informacji analogicznych do prezentowanych w mapie regionalnej, z tym że obejmujących dziedziny, które z reguły są zabezpieczane ponadregionalnie (np. transplantologia). Ponadto zadaniem tej mapy jest zobrazowanie analizowanych aspektów na poziomie krajowym uzyskane przez integrację informacji płynących z analiz regionalnych. Sporządzanie map ogólnopolskich miało zatem umożliwić identyfikację potencjalnych obszarów, w których wskazane jest podjęcie skoordynowanego działania kilku wojewodów lub właściwych organów państwa. W praktyce zamysł ten udało się zrealizować jedynie w mapach onkologicznych. W przypadku map kardiologicznych eksperci medyczni zaapelowali o wpisywanie w mapy wojewódzkie wszystkich informacji dotyczących danego województwa, nawet jeżeli zabezpieczenie świadczeń miało odbywać się poza nim. Argumentem, który zadecydował o przyjęciu rozwiązania proponowanego przez ekspertów medycznych, było ryzyko, że osoby korzystające z map będą skupiały się wyłącznie na mapie sporządzonej dla własnego województwa, bez zapoznawania się z treścią mapy dla Polski, gdyż mapa ta będzie raczej postrzegana jako narzędzie dla organów centralnych. Ostatecznie ogólnopolska mapa kardiologiczna zawiera dane dla poszczególnych województw, a mapy regionalne - dane dla każdego typu świadczeń, nawet jeżeli ich charakter udzielania był ponadregionalny. Z kolei w przypadku pierwszej edycji map w zakresie leczenia szpitalnego zastosowano jeszcze inne rozwiązanie - w przypadku oddziałów charakterystycznych dla poziomu wojewódzkiego (np. hematologii czy transplantologii) w mapach wojewódzkich, w celu ułatwienia porównania, zamieszczono informację również o oddziałach danego typu funkcjonujących w innych województwach.”

⁴⁸ Konsekwencją tej decyzji było zwiększenie objętości sporządzanych dokumentów. Na przykład mapa potrzeb z zakresu leczenia szpitalnego dla województwa mazowieckiego opublikowana w maju 2018 roku miała objętość 1374 stron. Zgodnie z projektem prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia do końca 2018 roku ma zostać przygotowana platforma informatyczna, na której zostaną umieszczone dane dotyczące każdego szpitala w wersji przyjaznej użytkownikowi (tj. wykresy, mapy, zestawienia) (stan na maj 2018). Mogłaby ona przejąć funkcję map regionalnych. Mapa ogólnopolska, stanowiąca porównanie wartości wskaźników odnotowywanych dla województw, mogłaby być nadal tworzona jako odrębny dokument.

Materiały dodatkowe do slajdów 36– 43:

Źródło: Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

„DZIAŁ IVA

Ocena potrzeb zdrowotnych

Art. 95a.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą”, w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, obejmującą:
 - 1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego;
 - 2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1.
3. Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i zamieszczane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej tego ministra oraz przekazywane do zamieszczenia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej właściwego wojewody.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, może zlecić Agencji, Funduszowi oraz Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny przygotowanie niezbędnych danych i analiz.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, współpracuje z wojewodami w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa.
6. Mapę ustala się na okres 5 lat.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza mapę, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym tego ministra, w terminie do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego o jeden rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1, i wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1.”

Źródło: <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Mapy-potrzeb-zdrowotnych-zyskaly-nowy-format,236581,1.html>

„Mapy potrzeb zdrowotnych zyskały nowy format

Mapy pozwalają zobiektywizować ocenę danego zjawiska. Mają sprawiać, by decyzje zarządcze podejmowane w sektorze ochrony zdrowia opierały się na rzetelnych danych, dostępnych wszystkim interesariuszom tego systemu. Umożliwiają one także osiągnięcie konsensusu pomiędzy wszystkimi uczestnikami systemu ochrony zdrowia.” O zmianach w mapach w rozmowie z dr hab. prof. SGH Barbarą Więckowską, autorką koncepcji tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Polsce.

W 2021 r. Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia opracował mapy potrzeb zdrowotnych w nowej formule. Co się zmieniło?

Po pierwsze, mapy zyskały nowy format. Wcześniej były jedynie wieloma plikami PDF. W nowej formule są to dwa narzędzia: internetowa Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), zawierająca przede wszystkim dane oraz dokument podsumowujący, obejmujący dodatkowo wnioski i rekomendacje.

Głównym trzonem map – częścią analityczną – jest platforma internetowa pozwalająca na przygotowanie przez użytkownika przekrojów danych, a nie jedynie narzuconych przez autorów mapy w formie PDF. Niewątpliwie ułatwia to analizy oraz daje użytkownikowi pewną swobodę, tym bardziej że dane można eksportować do pliku Excel lub CSV.

Po drugie, mapa zawiera teraz informacje z większej liczby źródeł, m.in. z ZUS. Wcześniej głównie bazowała na źródłach wewnętrznych (tj. dane płatnika, rejestry).

Po trzecie, pojawiły się wnioski i rekomendacje, których nie było w pierwszych edycjach, ze względu na brak wypracowanego sposobu interpretacji wyników oraz istotnych obaw co do kompletności danych.

Nie zmienił się natomiast cel mapy – ma być ona narzędziem wspierającym proces podejmowania decyzji. Mapy pozwalają zobiektywizować ocenę danego zagadnienia. Mają sprawiać, by decyzje zarządcze podejmowane w sektorze ochrony zdrowia opierały się na rzetelnych danych, dostępnych wszystkim (a nie tylko wybranym) interesariuszom tego systemu. Na przykład jeśli znana jest liczba chorych na nowotwory, można oszacować potrzeby i koszty leczenia i w efekcie odpowiednio zreformować tę dziedzinę. Dzięki temu powstała Narodowa Strategia Onkologiczna. Z drugiej strony NFZ może ocenić, jakich świadczeń brakuje w określonych częściach kraju. Dostęp do danych zyskali teraz także świadczeniodawcy, dzięki czemu mogą lepiej ocenić swoją pozycję rynkową, a także planować inwestycje. Z platformy BASiW mogą również korzystać pacjenci przy wyborze placówki leczniczej.



Jak korzystać z map potrzeb zdrowotnych? Jakie informacje można tam znaleźć?

W Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostępnej pod adresem <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/>) znajdują się aplikacje z zakładkami zawierającymi szczegółowe informacje na wybrany temat. I tu pojawia się różnica. W przypadku klasycznego dokumentu mamy przejrzysty układ treści oraz odpowiadające mu tabele. Natomiast korzystając z platformy, musimy przyzwyczaić się do tego, że aplikacje odpowiadają rozdziałom map, a zakładki podrozdziałom.

W każdej zakładce są tabele, wykresy czy zestawienia w postaci interaktywnej, co umożliwia wybór interesujących użytkownika przekrojów danych. Zaletą bazy jest mnogość wymiarów, które uzyskujemy poprzez możliwość modyfikowania prezentowanych danych o szereg kryteriów (np. rok, płeć, wiek, powiat zamieszkania).

Wcześniej zaspokojenie zapotrzebowania na informacje w bardzo wielu przekrojach nie było możliwe. Obecnie efekt ten osiągnięto poprzez oddanie do dyspozycji użytkownika interaktywnej formy, za pomocą której on sam wybiera obszary do analiz.

Dlaczego jest to ważne? Szpital, który chce zobaczyć, jak struktura jego pacjentów różni się od pozostałych na obszarze całego kraju lub wybranego regionu, może pozyskać informacje o tych zakresach, w których zapotrzebowanie na opiekę należy zoptymalizować. Jest to istotne dla płatnika, żeby zrobić prognozę ceteris paribus popytu na świadczenia w województwie, jak również dla pacjenta, aby sprawdzić, który szpital specjalizuje się w leczeniu danego typu schorzenia.

Jak inne kraje poradziły sobie z określaniem potrzeb zdrowotnych? Również poprzez tworzenie map?

We wszystkich krajach Unii Europejskiej decyzje dotyczące polityki zdrowotnej podejmuje się w podobny sposób: analizując dane i szacując efekt planowanych zmian. Stworzenie map potrzeb zdrowotnych, czyli narzędzia wspierającego proces podejmowania decyzji zarządczych w sektorze ochrony zdrowia, jest też wykorzystywane w procesie przyznawania środków unijnych w krajach członkowskich.

Różnice dotyczą przede wszystkim sposobu wykorzystania map. W krajach takich jak Austria czy Niemcy, mapy stanowią narzędzie nakazujące określone postępowanie, któremu muszą się podporządkować wszyscy interesariusze korzystający ze środków publicznych. Natomiast np. we Francji czy Szwecji jest to narzędzie stymulujące, benchmarkowe, a nie nakazowe.

Wszystkie kraje jednak łączą te same problemy: jak pokazywać dane, aby były one zrozumiałe i przydatne dla odbiorców oraz jak budować wskaźniki, wartości relacyjne, aby możliwe były porównania między placówkami czy regionami. Przykładowo to, że w woj. mazowieckim będzie więcej świadczeń niż w woj. opolskim jest oczywiste, ale jeżeli będziemy je analizować na 100 tys. mieszkańców oraz standaryzować wiekiem, płcią oraz chorobami współistniejącymi, możemy dojść do zupełnie innych wniosków.



Jakie są kluczowe wyzwania dla map i kierunki ich rozwoju w związku z pandemią i zmianami w systemie ochrony zdrowia?

Pandemia nie zmieniła kluczowych wyzwań w systemie ochrony zdrowia, ale pokazała jak ważne jest zarządzanie w oparciu o dane, które są kompletne i na czas. Decyzje np. o uruchomieniu oddziałów i szpitali covidowych czy teleporad musiały być podejmowane szybko. Te doświadczenia pozwalają przygotować system na kolejne sytuacje kryzysowe, które mogą się wydarzyć. Dane, które dzisiaj nie są kluczowe, mogą okazać się nagle bardzo ważne. Dlatego warto mieć już gotowy system ich gromadzenia, tak by w sytuacji konfliktu lub kryzysu móc skupić się na najważniejszym – podejmowaniu decyzji, a nie zbieraniu informacji.

Oczywiście nie chodzi mi o gromadzenie danych dotyczących wszystkiego, ale „grube” dane powinniśmy ciągle monitorować. Trzeba centralizować świadczenia trudne do wykonania, wprowadzać poziomy referencyjne szpitali, rozwijać sieć szpitali – to można zaplanować z poszczególnymi interesariuszami, a platformą tej współpracy powinny być właśnie mapy.

Kierunkiem dalszego rozwoju i kluczowym wyzwaniem dla map jest rozszerzenie części prognostycznej. Prognozowanie jest trudne, ale niezbędne w procesie podejmowania decyzji. Bez niego osoby zarządzające ochroną zdrowia nie są w stanie ocenić, czy podejmowane działania odpowiedzą na przyszłe potrzeby zdrowotne społeczeństwa związane z demografią, epidemiologią oraz sytuacjami kryzysowymi. To jest przestrzeń na myślenie strategiczne. Trzeba opracowywać symulacje i prognozy zarówno w kontekście zapewnienia dostępu do świadczeń, zabezpieczenia zasobów kadrowych i sprzętowych, a także przyszłych inwestycji. Dzięki temu zminimalizowane zostanie ryzyko wdrożenia nieoptymalnych działań.

Podsumowując, jak na tak krótki okres istnienia map, osiągnęliśmy bardzo dużo. Jednak nie należy na tym poprzestawać. Immanentną cechą tego narzędzia jest cykliczność – mapy należy ciągle dostosowywać do potrzeb użytkowników i stale reagować na zmieniającą się rzeczywistość.”

